Evaluation randomisée des voies d'abord intercostale et épigastrique pour la réalisation de ponctions-biopsies hépatiques échoguidées

F. Dausse, P. Chevallier, F. Berthier, A. Tran, O. Sisteron, MC. Saint-Paul, JN. Bruneton

CHU de Nice
Centre Hospitalier Universitaire

Mode d'emploi

Les chiffres et les lettres marqués en rouge dans cette présentation, sont des liens.

Pour les actionner, cliquez dessus

CHU de Nice

Centre Hospitalier Universitaire

Introduction

La ponction biopsie hépatique (PBH) reste un examen diagnostic essentiel pour la prise en charge de nombreuses hépatopathies en dépit du développement récent de méthodes moins invasives, biologiques ou basées sur l'élastométrie tissulaire.

Introduction

Au cours de ces dernières années, des modifications à la procédure standard ont été proposées pour améliorer sa sécurité, sa tolérance, ainsi que son rendement diagnostic.

Ainsi, en particulier, le contrôle échographique s 'est progressivement imposé, comme l'usage d'aiguilles automatiques ou semi-automatiques ayant un calibre moyen de 18 gauges, l'ensemble de ces mesures rendant également la procédure moins opérateur-dépendante (1)

Introduction

Le choix de la voie d'abord percutanée pour réaliser les PBH peut également influer sur ces dernières.

Traditionnellement, les PBH percutanées sont réalisées par voie intercostale ou sous costale droites.

Cette voie n'a été que rarement comparée à une voie épigastrique sous costale (2, 3)

Objectif

L'objectif de cette étude, monocentrique, et prospective était de comparer de manière randomisée la faisabilité, la tolérance et les performances diagnostiques des PBH réalisées avec des voies d'abord intercostale droite et épigastrique sous costale

Matériels et méthodes

Critères d'inclusion :

- Patients consécutifs âgés de plus de 18 ans;
- Ayant signé un consentement éclairé ;
- Pour lesquels une PBH est jugée nécessaire ;
- En l'absence de contre-indication à la réalisation d'une PBH par voie percutanée

Matériels et méthodes

Procédure :

- Procédures réalisées par un médecin-radiologue sénior ayant une expérience d'au moins 25 PBH réalisées sous contrôle échographique
- Anesthésie locale avec 0.2 ml/kg de xylocaïne à 2% repartie de la manière suivante = 1/3 au niveau de la capsule hépatique et 2/3 dans la paroi
- Contrôle échographique avec une sonde de 3.5 MHz
- Utilisation d'aiguilles biopsies automatiques 18 gauges (Bard)
- Second prélèvement en cas de carotte mesurant moins de 1 cm de longueur et/ou fragmentée

Matériels et méthodes

Randomisation :

- La randomisation était réalisée à l'aide d'un tableau de randomisation.

- En fixant un seuil de non faisabilité de la voie épigastrique à 10%, le nombre de patients à inclure dans chaque groupe était fixé à 92

Matériels et méthodes

Paramètres évalués :

- Caractéristiques des patients pour les deux groupes
- Faisabilité cotée en deux grades = possible/impossible
- Durée de la procédure
- Douleur à H0, H1, H6, H24 par un technicien ne connaissant pas le choix du groupe au moyen d'une échelle visuelle analogique (EVA) cotée de 0 (pas de douleurs) à 100.
- Administration d'un traitement antalgique
- Complications autres que la douleur
- Rendement diagnostic

Matériels et méthodes

Analyse statistique :

- Les comparaisons ont été réalisées avec un test exact de Fisher pour les variables qualitatives et par un test t de Student en séries non appariées pour les variables quantitatives.

- Le risque de première espèce était fixé à 5% et les tests étaient bilatéraux

Résultats

Patients :

- 198 patients consécutifs (133 hommes)
- Age moyen = 45.5 ans (ET = 11.9)
- Inclusion de 97 patients dans le groupe PBH intercostale et de 101 patients dans le groupe PBH épigastrique
- Pas de différence significative des paramètres suivants entre les deux groupes : âge, sexe, antécédent de PBH, étiologies, nombre de passages

Résultats

Faisabilité :

- La voie intercostale droite était significativement plus souvent possible que la voie épigastrique (99% versus 85.2% - p = .0006)

- La voie épigastrique était impossible en raison d'une obésité et/ou une faible échogénicité (n=7), d'interpositions digestives (n=4) ou d'une atrophie du foie gauche (n=4)

Résultats

Temps de procédure, qualité des biopsies :

- Les durées de procédure (9.9 min versus 10.9 min – P=.09) ainsi que la qualité des biopsies (100% de diagnostic histologique possible pour les deux groupes) étaient similaires pour les deux groupes.

Résultats

Douleurs :

- Aucune différence significative n'était notée entre les deux groupes concernant les différentes évaluations de la douleur et la prise de traitement antalgique (annexe 1)

Résultats

Complications :

- Plus de complications mineures étaient observées pour la voie épigastrique (5.7% versus 0% - p = .02) et consistaient en une crise d'angoisse aiguë et quatre malaises vagaux.

- Une complication majeure à type d'hémopéritoine était observée dans le groupe PBH intercostale

Conclusion

La voie d'abord n'influence pas la qualité des prélèvements, ni la douleur après PBH échoguidée.

Contrairement à ce qu'avaient conclu Papini et al. en 1991 (1), et très récemment Tan et al (2), la voie intercostale doit être préférée à la voie d'abord épigastrique car cette dernière peut être techniquement impossible ou associée plus souvent à des complications mineures.

Références

1. Chevallier P, Ruitort P, Denys A, et al . Influence of operator experience on performance of ultrasound-guided percutaneous liver biopsy. Eur Radiol 2004;14:2086-2091

Retour au texte

Références

2. Papini E, Pacella CM, Rossi Z, et al. A randomized trial of ultrasound-guided anterior subcostal liver biopsy versus the conventional Menghini technique. J Hepatol 1991;13:291-297

3. Tan KT, Rajan DK, Kachura JR, et al. Pain after percutaneous liver biopsy for diffuse hepatic disease: a randomized trial comparing subcostal and intercostal approaches. J Vasc Interv Radiol 2005;16:1215-1219

Retour au texte

Annexe 1

Evaluation de la douleur et de la prise de traitement antalgique

	Intercostal	Epigastrique
EVA H0	0.85	0.90
EVA H1	7.70	6.50
EVA H6	3.60	4.00
EVA H24	0.30	0.60
Prise d'un traitement antalgique (%)	23.8	18.6

Retour au texte